

**SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E.****INFORME DE ACTIVIDADES PRESTACIÓN DE SERVICIOS****DATOS DEL INFORME**

<b>Periodo a Certificar:</b>	<b>Desde:</b>	2025-06-01	<b>Hasta:</b>	2025-06-30
<b>Nombre del Contratista:</b>	ONNER ARMANDO FINO REYES		<b>Número de Documento:</b>	80370327
<b>Correo Electrónico:</b>	Onner.a@hotmail.com		<b>Número Telefónico:</b>	3194688962
<b>Nombre del Supervisor:</b>	YOLANDA JANNETH GUTIERREZ MONTILLA	<b>Cargo:</b>	PROFESIONAL ESPECIALIZADO AREA SALUD	<b>Código Grado:</b> - 242-25

**DATOS DEL CONTRATO**

<b>No. Contrato:</b>	4986-2025	<b>Año Contrato:</b>	2025	<b>CDP Contrato Inicial:</b>	1
<b>Perfil:</b>	TECNICO 1 PIC				
<b>Dirección a la que Pertenece:</b>	DIRECCIÓN DE GESTIÓN DEL RIESGO EN SALUD				
<b>Unidad de Servicios:</b>	USS VISTA HERMOSA				

**LIQUIDACIÓN DE SERVICIOS**

Centro de Costos	Dirección	Unidad	Número Horas	Número Horas Adicionales	Valor Hora	Total	Procentaje(%) Centro de Costos
K33PI	DIRECCIÓN DE GESTIÓN DEL RIESGO EN SALUD	SALUD PÚBLICA	184	50	13803	\$3229902	131.3%
<b>VALOR SERVICIO PRESTADO MES:</b>	<b>\$ 3229902</b>	<b>TRES MILLONES DOSCIENTOS VEINTINUEVE MIL NOVECIENTOS DOSPESOS</b>					

**EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO**

<b>Fecha de Inicio del Contrato</b>	2025-03-01			<b>Fecha de Terminación del Contrato Inicial</b>	2025-07-23
<b>No. Prorroga</b>	<b>Fecha Inicio</b>	<b>Fecha Terminación</b>	<b>No. Adición</b>	<b>Valor Adición</b>	<b>CDP</b>
1	2025-04-21		1	\$ 213984	711
<b>No. Cuenta Según el Mes Certificado</b>	<b>Mes Cuenta de Cobro</b>			<b>Valor a Pagar</b>	
1	MARZO			\$ 2540680	
2	ABRIL			\$ 2539752	
3	MAYO			\$ 2539752	

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO			
4	JUNIO	\$ 3229902	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
\$ 11892175	\$ 12106159	\$ 10850086	\$ 1256073
OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)	ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA	
1	Realizar seguimiento a la planeación de actividades del Programa Ampliado de Inmunizaciones incluida COVID-19.	---brindar adecuadamente mente frente al procedimiento de la vacunación COVID-19 realizar el correcto diligenciamiento de los consentimientos informados si tachones, sin enmendaduras -	
2	Hacer el Diligenciamiento adecuado y con calidad del formato SIS 150 de la estrategia extramural (registro diario de vacunados), previa verificación del antecedente vacunal (físico/digital) de la población encontrada durante la ejecución de las tácticas de la modalidad extramural.	---realizar el registro en las bases de datos siasur, pai distrital y pai web- - -	
3	Hacer el Diligenciamiento adecuado táctica casa a casa y/o barrido documentado de acuerdo con solicitud de MSPS para MRCV: censo viviendas, consolidado casa a casa, mapa con identificación de manzanas intervenidas y encuesta de cobertura.	----realice observación de manera continua a los usuarios que han sido vacunados, con el fin de evidenciar posibles esavis, ya su vez activar el protocolo de urgencias si es necesario -	
4	Hacer el Diligenciamiento adecuado táctica concentración (instituciones SDIS, SED, ICBF, lugares de alta concentración) del formato consolidado jardines y colegios.	-garantizar la vacunación a toda la población de acuerdo su rango de edad, su estado de salud, brindar educación frente al procedimiento de vacunación y brindar cuidados en salud según necesidad -	
5	Hacer el Diligenciamiento adecuado de consentimientos informados biológico VPH y COVID19, carné de vacunación niño/as, adultos.	-recopilación de las dosis administradas en el tablero de control de biológico, recopilación de las personas registradas en siasur, pai distrital, paiweb y carpetas organizadas con los consentimientos informados diligenciados -	
6	Seguimiento y agendamiento telefónico a la población pendiente por vacunar, de acuerdo con la distribución de las bases de datos entregadas por profesional extramural.	----se debe realizar la entrega de los respectivos registros en las bases de datos a diario, también se debe entregar los consentimientos informados en una carpeta - -	
7	Realizar Hacer el Diligenciamiento del control diario (dos veces al día) de temperatura en los refrigeradores que almacenen vacuna a cargo del equipo extramural.	----garantizar la vacunación de toda la población agendada y atento para la vacunación de acuerdo a la edad y dosis correspondientes	
8	Revisar y consolidar los informes de movimiento de medicamentos inmunobiológicos por IPS y localidad, validando que la información sea coincidente con el informe mensual de dosis aplicadas.	--se debe tener comunicación directa con los jefes de cada punto para que resuelvan cualquier eventualidad. - -	

<b>OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)</b>		<b>ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN</b>	<b>PRODUCTO O EVIDENCIA</b>
9	Registrar los controles de temperatura de los equipos de cadena de frío del centro de acopio e informar las novedades de manera inmediata.	---se realiza demanda inducida de todas las personas agendadas y registradas en sis -- --	-llamadas telefónicas-
10	Diligenciar y mantener actualizado los Kardex de medicamentos inmunobiológicos, dispositivos médicos e insumos del centro de acopio de la Subred.	----asistir a las reuniones que realizan la SDS para fortalecer los conocimientos - ----	-observación del proceso de vacunación
11	Consolidar el control de fechas de vencimiento por fabricación o por ventanas de uso de los medicamentos inmunobiológicos, dispositivos médicos e insumos del centro de acopio y las IPS de la subred.	---realizar el procedimiento de vacunación de forma activa, adecuado, garantizar la atención humanizada - -	-- -realizar el procedimiento de vacunación de forma activa, adecuado, garantizar la atención humanizada
12	Apoyar la solicitud de pedido de medicamentos inmunobiológicos, dispositivos médicos e insumos del programa permanente y Covid-19.	--sistir a los espacios de capacitación, con el fin de fortalecer los procesos asignados con criterios de calidad, al fin de dar cumplimiento a los objetivos y metas establecidos en el plan de intervención colectiva. --	----actas y lista de asistencia-
13	Apoyar la recepción técnica de medicamentos inmunobiológicos, dispositivos médicos e insumos, acorde a cronograma de distribución de la SDS.	-N/A	-N/A
14	Realizar las entregas (recepciones técnicas) y traslados de medicamentos inmunobiológicos, dispositivos médicos e insumos, de las IPS públicas y privadas.	-N/A	-N/A
15	Realizar acompañamiento a la reunión de inducción y reinducción del talento humano y demás convocada por la SDS.16. Otras actividades propias del perfil que fortalezcan el desarrollo de las actividades misionales.	-N/A	-N/A

INFORMACIÓN DEL PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL								
Periodo al que corresponde el pago		Fecha de Pago			Número de Planilla	Factura Electrónica	Valor de Honorarios Certificados el Mes Anterior	\$ 2539752
AÑO	MES	AÑO	MES	DÍA				
2025	MAYO	2025	06	11	1072651075	-		
Valor honorarios certificados el mes anterior en letras					DOS MILLONES QUINIENTOS TREINTA Y NUEVE MIL SETECIENTOS CINCUENTA Y DOSPESOS			
Item					Entidades Aportantes a Seguridad Social	Ingreso Base de Cotización	Valor Mínimo de los Aportes	Valor Aportado
Pensionado				NO	PORVENIR	\$ 1423500	\$ 227760	\$ 227800
Salud					FAMISANAR		\$ 177938	\$ 178000
ARL				3	SURA		\$ 34676	\$ 34700
Caja de Compensación				NO		<b>Total</b>	<b>\$ 413129</b>	<b>\$ 440500</b>

INFORMACIÓN DE PAGO					
Entidad Bancaria	BANCO DAVIVIENDA S.A.	Tipo de Cuenta	AHORROS	Número de Cuenta	4870247337

HISTÓRICO		
OBSERVACIÓN	USUARIO	FECHA
CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES	ONNER ARMANDO FINO REYES	2025-06-24 20:23:43
ACEPTADO SUPERVISIÓN	YOLANDA JANNETH GUTIERREZ MONTILLA	2025-06-26 16:42:23
ACEPTADO CONTRATACIÓN	MARIA CAMILA DIAZ ZAMUDIO	2025-06-27 17:30:38

Autorizo para que se haga uso de la firma únicamente para el objetivo antes descrito. Y asumo mi responsabilidad por la custodia, reserva y uso de la firma (Conforme con lo previsto en la Resolución 126 del 13 de febrero de 2024)

**NOTA:** La firma mecánica será para uso exclusivo del aplicativo **SIASUR, MÓDULO DE INFORMES DE ACTIVIDADES DE CONTRATO** de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.



**YOLANDA JANNETH GUTIERREZ MONTILLA  
PROFESIONAL ESPECIALIZADO AREA SALUD**



Búsqueda | Mis procesos | Menú | Ir a

Buscar...

Escritorio → Menú → Administración de contratos → **Ver contrato**

- 1 [Información general](#)
- 2 [Condiciones](#)
- 3 [Bienes y servicios](#)
- 4 [Documentos del Proveedor](#)
- 5 [Documentos del contrato](#)
- 6 [Información presupuestal](#)
- 7 **Ejecución del contrato**
- 8 [Modificaciones del Contrato](#)
- 9 [Incumplimientos](#)

**Datos guardados**

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

**VER CONTRATO**

**Ejecución del contrato**

Porcentaje  Recepción de artículos

**Plan de Pagos**

¿Se requieren emisiones de códigos de autorización?  Si  No

Identificación de pago	Número de factura	Fecha de emisión	Fecha de recepción	Valor total de la factura	Estado
------------------------	-------------------	------------------	--------------------	---------------------------	--------

No existen resultados que cumplan con los criterios de búsqueda especificados

Crear

**Documentos de ejecución del contrato**

Descripción	Nombre del archivo	Cargado por		
<input type="checkbox"/> ARL SURA 80370327 CTO 4986-2025.pdf	ARL SURA 80370327 CTO 4986-2025.pdf	Comprador	<a href="#">Descargar</a>	<a href="#">Detalle</a>
<input type="checkbox"/> CTO. CTA COBRO FEBRERO ONNER FINO.pdf	CTO. CTA COBRO FEBRERO ONNER FINO.pdf	Proveedor	<a href="#">Descargar</a>	<a href="#">Detalle</a>
<input type="checkbox"/> CTO4986.CTA MARZO ONNER FINO.pdf	CTO4986.CTA MARZO ONNER FINO.pdf	Proveedor	<a href="#">Descargar</a>	<a href="#">Detalle</a>
<input type="checkbox"/> CTO.4986 CTA COBRO ABRIL ONNER FINO.pdf	CTO.4986 CTA COBRO ABRIL ONNER FINO.pdf	Proveedor	<a href="#">Descargar</a>	<a href="#">Detalle</a>
<input type="checkbox"/> CTO.4986.CTA COBRO MAYO SOPORTES ONNER FINO.pdf	CTO.4986.CTA COBRO MAYO SOPORTES ONNER FINO.pdf	Proveedor	<a href="#">Descargar</a>	<a href="#">Detalle</a>

Borrar Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

sideap.serviciocivil.gov.co/sideap/privado/modulos/hojaDeVida/presentarHojaDeVida.xhtml

Verifica que eres tú

Contratos Vigentes | Directorio | Encuesta de satisfacción | Canal SIDEAP | Analítica de datos | Centro de documentación | Formulario de soporte | ONNER FINO

## Presentación de hoja de vida

Una vez actualizada su hoja de vida, usted seleccionará la entidad a la cual la va a presentar, el tipo de vinculación que tiene o tendrá y el causal de la presentación: Actualización de datos o nueva vinculación, con lo cual se autoriza a la entidad a verificar los datos aquí consignados.

[+ Agregar entidad](#)

### Lista Entidades

10

Id presentación	Nombre entidad	Fecha presentación	Presentar como	Motivo de presentación	Estado	Observaciones	Volver a presentar	Editar presentación	Ver hoja de vida validada	Eliminar
1567079	Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.	19/06/2025	Contratista	Actualización de datos	Enviada a entidad					
1447198	Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.	12/12/2024	Contratista	Nueva vinculación	Enviada a entidad					

2 mm de lluvia Lun 10:03 p. m. 19/06/2025

sideap.serviciocivil.gov.co/sideap/privado/modulos/bienesYRentas/impimir.xhtml?cid=3

Verifica que eres tú

Directorio | Encuesta de satisfacción | Canal SIDEAP | Analítica de datos | Centro de documentación | Manual de usuario Bienes y Rentas | Formulario de soporte | ONNER FINO

Contratos Vigentes

Declaración juramentada de bienes y rentas que deberá ingresar nuevamente y finalizar el proceso.

bienesYRentas\_175038874079\_80370327.pdf 1 / 2 100% +

**FORMULARIO ÚNICO**

**DECLARACION JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS Y ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA**

Persona Natural  
(LEY 190 DE 1995)

ENTIDAD RECEPTORA  
Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.  
**sideap**  
Última Actualización: 19-Jun-2025

---

**1. DECLARACION JURAMENTADA**

**1.1 DE BIENES Y RENTAS**

**YO, ONNER ARMANDO FINO REYES**  
**IDENTIFICADO CON C.C.  C.E.  T.I.  No. 80370327 CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:**  
**País Colombia Departamento Bogotá D.C. Municipio Bogotá D.C.**  
**Dirección CL 71 A SUR 14 33 Teléfonos 3194688962 7684896**

**Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSAGUINIDAD A:**

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO
MARIA LEONOR REYES GUERRERO	24132898	Madre
ANNY KRISTAL FINO RAMIREZ	1140922005	Hijo(a)

DECLARO EN CUMPLIMIENTO DE LO DISPUESTO EN EL ARTICULO 122 INCISO 3º DE LA CONSTITUCIÓN

12°C Nublado 10:08 p. m. 19/06/2025

Sideap

sideap.serviciocivil.gov.co/sideap/privado/modulos/bienesYRentas/imprimir.xhtml?cid=3

Directorio Encuesta de satisfacción Canal SIDEAP Analítica de datos Centro de documentación Manual de usuario Bienes y Rentas Formulario de soporte ONNER FINO Contratos Vigentes

C.C.O. C.E.O. T.I.O.

### 2. ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA

Las actividades económicas de carácter privado, adicionales a las declaradas anteriormente, que he venido desarrollando de forma ocasional o permanente son las siguientes:

DETALLE DE LAS ACTIVIDADES	FORMA DE PARTICIPACION

### 3. FIRMA

Firma electrónica:  
 ONNER ARMANDO FINO REYES 19/06/2025 22:07:54  
**FIRMA DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA**

BOGOTÁ D. C. 19-jun-2025  
**CIUDAD Y FECHA**

Sideap. Todos los derechos reservados

Sideap

sideap.serviciocivil.gov.co/sideap/privado/modulos/conflictoIntereses/declaracionGeneral/gestionDeclaracion/imprimirDeclaracion.xhtml?cid=4

Contratos Vigentes Directorio Encuesta de satisfacción Canal SIDEAP Analítica de datos Centro de documentación Formulario de soporte ONNER FINO

+ Generar PDF

conflictoInteresesGeneral\_1750389024825\_0... 1 / 24 100% +

ALCALDIA MAYOR DE BOGOTÁ Sideap

### FORMATO DE DECLARACIÓN DE CONFLICTOS DE INTERÉS

#### DATOS PERSONALES

Nombre:	ONNER ARMANDO FINO REYES
Identificación:	80370327
Entidad:	Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.
Cargo:	Contratista
Correo:	onner.a@hotmail.com
Tipo declaración:	Para actualizar durante la ejecución del contrato
Fecha Declaración:	19/06/25

Ella servidor/a público/a o colaborador/a, se compromete desde ya, a informar a la Administración Distrital, de los eventos o situaciones potenciales o reales que puedan llegar a ser constitutivas de conflicto de intereses, así como de actualizar

Sideap

sideap.serviciocivil.gov.co/sideap/privado/modulos/hojaDeVida/impimir.xhtml

Contratos Vigentes | Directorio | Encuesta de satisfacción | Canal SIDEAP | Analítica de datos | Centro de documentación | Formulario de soporte | ONNER FINO

hojaDeVida\_1750388649446\_80370327.pdf | 1 / 3 | 100% | Hoja de vida sin validar



**FORMATO ÚNICO  
HOJA DE VIDA**  
Persona Natural  
(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)



**1 DATOS PERSONALES**

PRIMERA APELLIDO FINO REYES		SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)		NOMBRES ONNER ARMANDO	
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. <input checked="" type="radio"/> C.E. <input type="radio"/> PAS <input type="radio"/> No. 80370327		SEXO F <input type="radio"/> M <input checked="" type="radio"/>		NACIONALIDAD COL. <input checked="" type="radio"/> EXTRANJERO <input type="radio"/>	
LIBRETA MILITAR		PRIMERA CLASE <input type="radio"/> SEGUNDA CLASE <input checked="" type="radio"/>		NUMERO 80370327 D.M. 55	
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO DIA 9 MES NOV AÑO 1989			DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA CL 71 A SUR 14 33		
PAIS Colombia		PAIS Colombia		DEPTO Bogotá D.C.	
DEPTO Cundinamarca		CIUDAD Bogotá D.C.		TELEFONO 7684996	
CIUDAD Funaguaja		EMAIL onner.a@hotmail.com			

**2 FORMACIÓN ACADÉMICA**

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA  
MARQUE CON UNA X EL ÚLTIMO GRADO APROBADO (LOS GRADOS DE 1o A 6o DE BACHILLERATO EQUIVALEN A LOS GRADOS 6o A 11o DE EDUCACIÓN BÁSICA SECUNDARIA Y MEDIA)

EDUCACIÓN BÁSICA  BACHILLER COMERCIAL

Buscar

2 mm de lluvia Lun 10:04 p.m. 19/06/2023



# PAGOSIMPLE |

AUTOLIQUIDACION  
CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2025-06-11, 10:21:47 AM

Tipo Planilla: I: PLANILLA INDEPENDIENTES

Número Planilla: 1072651075

Periodo Cotización: mayo de 2025

Periodo Servicio: mayo de 2025

Referencia pago (PIN): 8810229174

## PAGADO 11/06/2025 EN HORARIO EXTENDIDO

### I. DATOS DEL APORTANTE

<b>Razón Social</b>	ONNER ARMANDO FINO REYES		
<b>Documento</b>	CC80370327	<b>Dirección</b>	CL 71A SUR #14 - 33
<b>Tipo de Empresa</b>	INDEPENDIENTE	<b>Teléfono</b>	3194688962
<b>Tipo Persona</b>	NATURAL	<b>Forma Presentación</b>	ÚNICO
<b>Ciudad</b>	BOGOTA D.C.	<b>Departamento</b>	BOGOTA D.C.
<b>Representante Legal</b>		<b>Identificación</b>	
<b>Total Afiliados</b>	1	<b>ARP</b>	ARL SURA

### II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades												Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales			Total											
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RET	RET P	TDE	TAE	TDP	TAP	USP	COR	SIN	UM	UMC	AMP	AP	IRP	Dias FER	Dias EPS	Dias ANC	Dias CCF	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Tarifa	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte SENA	Aporte ICBF	ESAP	Aporte Ministerio	Total			
CC 80370327	ONNER ARMANDO FINO REYES	59	00																0	30	30	30	0	(230301) PORVENIR	\$ 1.423.500	\$ 227.800	(EPS017) FAMISANAR EPS	\$ 1.423.500	\$ 178.000	2.436	\$ 1.423.500	\$ 34.700	(NIN-CC) NINGUNA CCF	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 440.500

### III. TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sena	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	(Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
\$ 1.423.500	\$ 1.423.500	\$ 1.423.500	\$ 0	\$ 227.800	\$ 178.000	\$ 34.700	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 440.500	\$ 700	\$ 441.200

EFFECTIVO LTDA.  
NIT: 830.131.993-1

ORDEN DE SERVICIO

N. OS: 9588969816      DV: 534635  
Cliente: 113237 PLANILLAS AVAL Aportes 80  
Linea Arus Compensar Asopagos Simple Ni  
Fecha: 10/06/2025 18:56:54 P.M.  
PAP: 906193  
Nombre: ARMANDO  
Apellido: FINO  
NUM PLANILLA: 8810229174  
TIPO DE IDENTIFICACION: CEDULA DE  
CIUDADANIA  
NUMERO IDENTIFICACION: 80370327  
PERIODO: 202505  
Referencia: 8810229174 Valor: \$441.200,00

Aplica condiciones particulares con el  
cliente beneficiario

Conserve este recibo, es el unico  
soporte valido para atender cualquier  
reclamacion.

Para reclamaciones presente este  
recibo; tel. (1) 6510101.  
servicioalcliente@efecty.com.co.  
www.efecty.com.co